VOL. 33 N.º 3

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

SETEMBRO DE 1958

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 33 SETEMBRO DE 1958 N.º 3

Patogenia do eczema microbiano

Alfred Marchionini
Helmuth Röckl

Acredita-se, hoje, com razão, que, na dermatologia moderna, as pesquisas puramente morfológicas, sobretudo sob a influência das escolas parisiense e vienense, formaram um conjunto imponente de conhecimentos, mas não proporcionaram progresso notável sob os pontos de vista etiológico e patológico. Durante êstes últimos decênios, a dermatologia funcional e experimental determinou progressos tão consideráveis que não sòmente sua importância aumenta continuamente na hora atual, mas ela certamente determinará, também, o futuro de nossa especialidade. Entretanto, ela necessita do concurso de outras disciplinas científicas, cuja presença transformou o aspecto de nossas clínicas. Os serviços modernos de dermatologia possuem um conjunto de laboratórios, nos quais colaboradores, munidos de conhecimentos adequados, fazem trabalho de pesquisa nos domínios da bacteriologia, micologia, virologia, química, histologia, etc. Às vêzes não é possível penetrar nas regiões etiológicas e patológicas inexploradas da dermatologia senão por um trabalho de equipe, com colaboradores familiarizados com êstes métodos fundamentais de pesquisas. Sobretudo isto é verdade nas pesquisas acêrca do eczema.

Durante os últimos decênios, as inquirições no domínio do eczema fizeram consideráveis progressos, por isso que se pôde provar ser possível, clínica e experimentalmente, provocar uma sensibilização específica eczematosa, em oposição à sensibilização anafilática. Isso nos leva a considerar o eczema, ao menos nas suas formas e fases primitivas, como expressão de um fenômeno alérgico. Esta concepção da patogenia do eczema era suficiente para explicar o aparecimento de determinado grupo de eczemas, chamados eczemas de contacto, mas sòmente para êstes. Neste grupo, pôde-se pôr em evidência uma alergia a substâncias agindo no exterior ou interiormente. Para estas pesquisas utilizam-se os testes epicutâneos, que, entretanto, não são sempre fáceis de interpretar. Mas há eczemas em que não se encontra uma causa externa, ou que persis-

---

Trabalho da Clínica Dermatológica da Universidade de Munique (Catedrático: Prof. Alfred Marchionini), apresentado, sob a forma de conferência, na Clínica Dermatológica da Universidade do Brasil (Serviço do Prof. F. E. Rabello) e traduzido pela Dra. Cecy Mascarenhas de Medeiros.

tem apesar da supressão duma presumida causa. Êles passam à cronicidade e parecem tornar-se autônomos, excedendo seus limites primitivos e propagando-se por surtos. Pesquisas experimentais com micróbios e suas toxinas, datando de 70 anos, mostraram que os micróbios podem desempenhar um papel importante na patogenia de certo número dêsses eczemas.

P. G. Unna (1890) acreditara, no apogeu do período bacteriológico primitivo, ter encontrado o agente causal específico do eczema, seu famoso "marococo", que isolou a partir de lesões eczematosas. Ainda que esta audaciosa concepção de Unna não tenha podido ser mantida em seguida, ela estimulou, neste domínio, novas pesquisas, que deram lugar a resultados importantes.

Em 1930, no 8.º Congresso Internacional de Dermatologia, em Copenhague, J. Jadassohn mostrava-se ainda bastante cético a respeito do eczema microbiano.

A escola francesa, sob a direção de Sabouraud, e, depois, de Darier, declarou-se favorável ao importante papel dos micróbios, numa série de alterações cutâneas eczematosas, insistindo, sobretudo, no papel dos estreptococcs. São bem conhecidos os conceitos de estreptococcides e estafilococcides eczematiformes (Sobouraud), eczema microbiano e paratraumático (Darier), dermo-epidermite microbiana de Gougerot.

Ainda que a influência microbiana em certo número de eczemas tenha sido reconhecida, não se tinha ainda provado indubitàvelmente a gênese bacteriana, por via experimental. Robert, Miescher e Storck tiveram o mérito de retomar êste importante assunto. Em seguida às experiências de Storck, Röckl, em nossa Clínica, fêz, sôbre base mais ampla, pesquisas a respeito da clínica e da patogenia dos eczemas microbianos. Examinou-se, em primeiro lugar, quantitativa e qualitativamente, a flora microbiana das lesões eczematosas em 95 doentes, pelo método de *"calcage"* quantitativa. Por êste método, pôde ser visto que sôbre as lesões eczematosas há muito mais micróbios que sôbre a pele sã. Como já havíamos mostrado, em 1939, encontram-se muitos micróbios, sobretudo nas lesões crostosas e úmidas. O estafilococo dourado (hemolítico) predomina, tendo sido encontrado em 94% dos casos examinados. Vem em seguida o estreptococo hemolítico, em 27% dos casos, e o enterococo, em 26%. Os outros micróbios não desempenham senão papel secundário.

Fazendo testes epicutâneos com as diferentes estirpes microbianas isoladas a partir das lesões, foram mais freqüentes as reações positivas ao estafilococo dourado (hemolítico) ou aos filtrados de suas culturas em caldo. Com todos os outros micróbios não se obteve senão uma ou outra reação positiva. As reações assim provocadas tinham as características clínicas e histológicas do eczema.

Ao exame histológico, encontram-se, de uma parte, as alterações características da espongiose linfocitária, e, de outra, uma necrobiose superficial de intensidade variável (picnose, acromia). Parece, pois, que entram em jôgo diferentes modos de ação, alérgicos e tóxicos, um ao lado do outro e em combinação.

O aspecto limitado, discóide ou circinado das lesões, sem transição progressiva para a pele sã, como em outras formas de eczema, pode servir de sinal distintivo para o diagnóstico clínico macroscópico do eczema microbiano, importando pouco que se trate de eczemas microbianos primários ou secundários. Nota-se, geral-

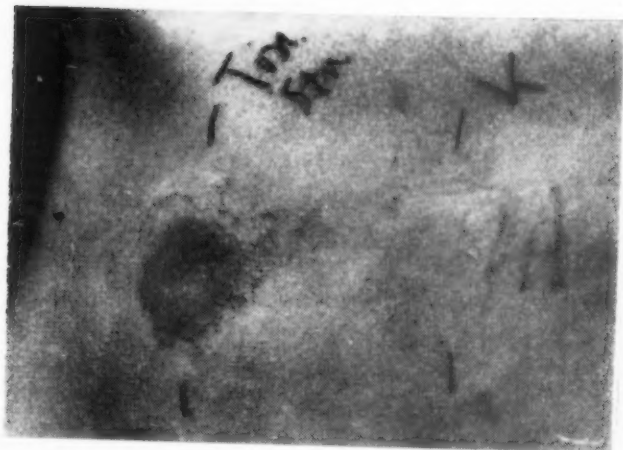



Fig. 2 — Teste epicutâneo positivo aos filtrados de cultura em caldo de staphylcc. aur. (haem.).

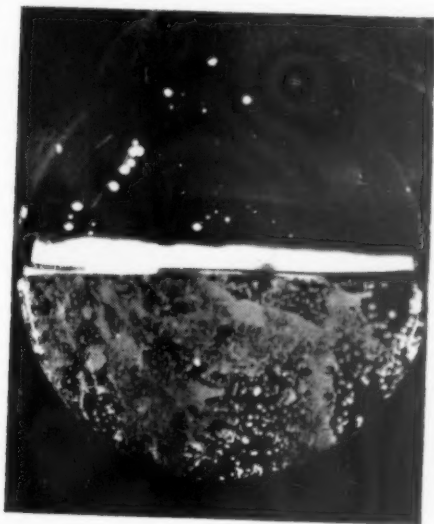



Fig. 1 — a) Calcage de um eczema microbiano úmido; b) Calcage da pele sã vizinha.

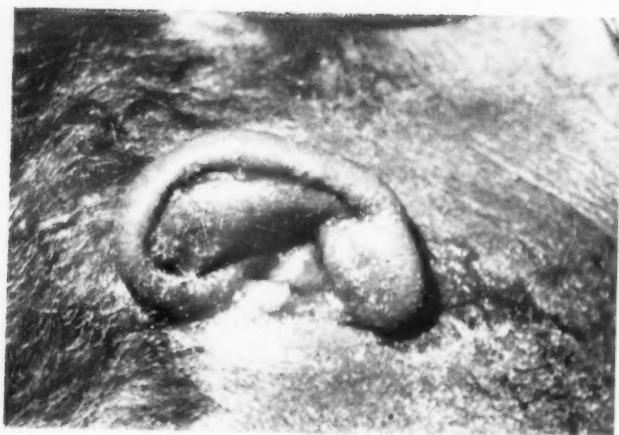



Fig. 3 — Eczema microbiano do pavilhão da orelha, conseqüente a uma otite externa.

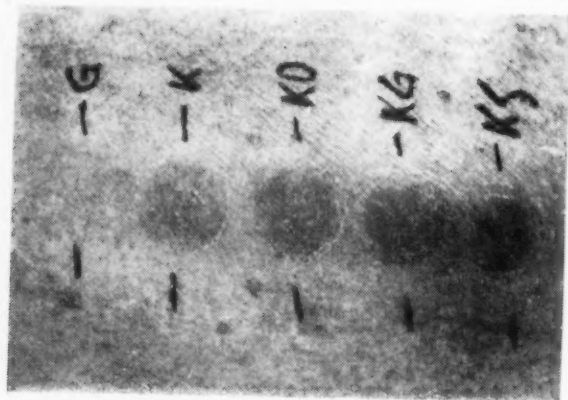



Fig. 4 — Testes epicutâneos positivos com produtos de raspagem do eczema (G — epiderme sã; K — produto de raspagem do eczema, sem adição; KD, KG e KS — com adição).

mente, nos eczemas de contacto, uma contribuição imoprtante do elemento microbiano na modificação da forma das lesões. Há uma tendência à cura central e à extensão periférica, fenômeno que se explica pelo aparecimento de uma imunidade local depois de certo tempo, como nas tricofias superficiais.

A experiência ensina que, em certos pontos, os eczemas localizados devem ser considerados a priori como microbianos. Pertencem a êste grupo os eczemas retro-auriculares (lembro a êste respeito o intertrigo retro-auricular de Sabouraud), assim como os eczemas intertriginosos e das pernas. A dermo-epidermite igualmente faz parte do grupo dos eczematóides de origem microbiana. Ela se distingue do eczema clássico, sob muitos pontos de vista, e sobrevém sob a forma erosiva e ressudante e sob a forma eritêmato-escamosa.

O fato de, nos focos eczematosos, encontrarem-se micróbios em grande número, aos quais o doente reage, deve fazer admitir que sua presença não é indiferente para a evolução do eczema. Que os micróbios desempenham um papel não desprezível já decorre da observação de que o tratamento anti-microbiano é quasi indispensável para a maioria dos eczemas e isso sempre se levou em conta, mais ou menos conscientemente, no tratamento. A experiência empírica precedeu longamente o conhecimento científico neste domínio. Além das compressas úmidas, as pincelagens com corantes como, por exemplo, uma solução aquosa a 1% de *pyoctanin* ou a solução bem conhecida de Castellani, deram bons resultados e, no início, nos pareceram ainda mais ativas que os antibióticos.

O fato de que só excepcionalmente é possível provocar, experimentalmente, um eczema evolutivo autônomo por fricção de cocos sôbre uma superfície sã, mostra, como Robert e Storck fizeram, que o eczema microbiano é a resultante de uma série de fatôres e que a ação das bactérias e do terreno parece desempenhar um papel preponderante neste complexo. Uma simples multiplicação dos micróbios é insuficiente. São necessárias, também, lesões epidérmicas, porque, sôbre a pele sã, a multiplicação dos micróbios é dificultada por mecanismos específicos e talvez também inespecíficos. Entre os mecanismos não específicos de defesa, é preciso citar a acantoceratose reparadora, a dessecação, o manto ácido da pele (Marchionini), os ácidos graxos (Miescher), as substâncias solúveis da camada córnea (Röckl e Spier), uma série de fatôres biológicos, químicos e físico-químicos que experimentalmente contribuem para a auto-desinfecção da superfície cutânea.

Já dissemos que um eczema microbiano não é ùnicamente desencadeado e mantido pela ação dos micróbios, mas que nas lesões eczematosas, por participação dos micróbios, de uma lado, e, de outro do terreno, substâncias alergisantes se formam para desencadear a reação eczematosa, mantê-la ou provocar uma disseminação exantemática secundária. Pode-se admitir que, sob a influência dos micróbios, se formam auto-antígenos e 'antígenos complexos, a partir das proteínas epidérmicas, escleroproteínas, lipóides e substâncias hidro-solúveis ou produtos de desintegração ou transformação dessas substâncias. Geralmente, na evolução dos eczemas, observam-se, sem poder descobrir novas causas de irritação, exacerbações agudas com disseminações exantemáticas súbitas.

Há cêrca de 20 anos, sabe-se que os tecidos do corpo podem ser de tal modo modificados, por micróbios ou toxinas microbianas,

que adquirem propriedades antigénicas. O problema da formação de anticorpos, contra tecidos homólogos ou mesmo do organismo, tem ganho mais e mais importância nestes últimos anos.

Multiplicam-se as comunicações sôbre a presença de auto-anticorpos das diferentes doenças, tais como a glomeraulonefrite difusa, as moléstias inflamatórias do fígado, etc. Explicou-se êste fenômeno admitindo que as proteínas tessiduais homólogas podem ser completadas como os haptênios, sob a influência de micróbios, para formar, assim, antígenos totais. O aparecimento de auto-anticorpos é a expressão de um princípio biológico geral no curso das infecções, princípio êsse que dilata o campo da doutrina da alergia infecciosa.

A possibilidade de uma auto-sensibilização ou de uma auto-eczematização foi introduzida pela primeira vez em dermatologia por Whitfield. Há anos que Rajka havia chamado a atenção para esta possibilidade no eczema microbiano e fêz, a êste respeito, pesquisas experimentais. Ultimamente, por meio de uma estirpe microbiana de estafilococos isolada a partir de um eczema microbiano, cultivada sôbre a pele humana pulverizada, êle conseguiu obter alergenos complexos, com os quais pode ser provocada uma sensibilização.

Meu colaborador Röckl ocupou-se igualmente do problema da pesquisa de auto-alergenos e de alergenos complexos nos eczemas microbianos. Partimos da idéia de que, se os alergenos secundários são formados no eczema microbiano, êles não podem ser postos em evidência senão tendo em conta não só o próprio quimismo cutâneo como as estirpes bacterianas do eczema. O método que utilisamos para pôr em evidência, nas lesões eczematosas, os auto-antígenos e os antígenos complexos, é, em princípio, simples, se bem que a preparação do antígeno dê lugar, às vêzes, a grandes dificuldades técnicas. Por meio de suspensão de produtos de raspagem da pele em sôro fisiológico, preparamos duas preparações para testar. Uma das suspensões foi feita partindo da camada córnea sadia e serviu de contrôle; a outra, a partir de lesões eczematosas do doente. As duas suspensões foram filtradas sôbre vela, concentradas e em seguida aplicadas em testes epicutâneos. Primeiro, retirou-se a camada córnea superficial até o *stratum lucidum*, por meio de fitas colantes de celofane. Suprime-se, assim, a barreira da camada córnea que não existe no eczema, a fim de que as substâncias microbianas, não tendo senão ação eczematógena fraca, não possam parecer inativas. Para que os auto-antígenos possam se formar *in vitro*, sôbre um meio nutritivo fisiológico, foram feitos, em certos casos, testes com os detritos de placas de eczemas, após incubação a 37° durante dois a quatro dias. A outros extratos, antes da incubação foram acrescentados glicose, glicosamina, sôro ou um extrato epidérmico, para, se possível, potencializar a formação de antígenos *in vitro*. Testes epicutâneos, com detritos de lesões eczematosas, foram feitos em 70 doentes, portadores de eczema microbiano ou microbides, e em 86 indivíduos sadios. Dos 70 doentes, 66% tinham testes positivos. Os testes de contrôle, nos indivíduos sadios com uma camada córnea normal, foram sempre negativos. Pôde-se provocar reações eczematosas com extratos provenientes de lesões eczematosas. Estas reações não foram devidas a ação direta dos micróbios vivos ou de suas toxinas, visto que os extratos, comparados aos filtrados de caldos de culturas, consti-

Fig. 6 — Eczema microbiano (antebraço) e microbide generalizada.

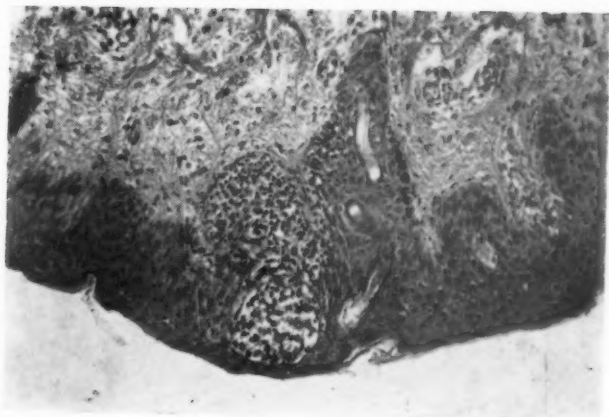



Fig. 5 — Teste de 24 horas com o produto de raspagem do eczema. Formação de vesículas com espongiose e picnose.

Fig. 8 — Microbide

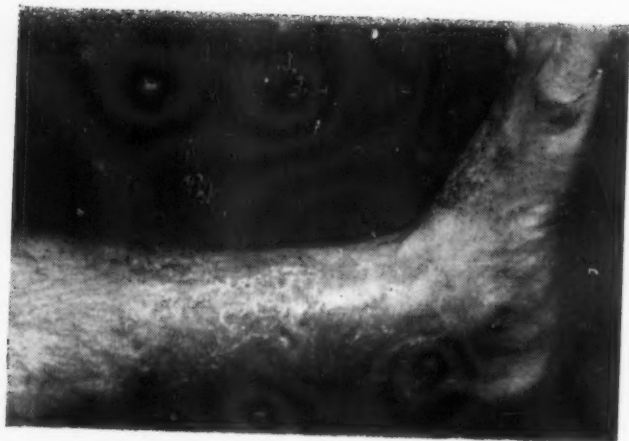



Fig. 7 — Dermoepidermite

tuem um meio nutritivo desfavorável ao desenvolvimento dos micróbios e à formação de toxinas. As alterações assim produzidas correspondiam, também do ponto de vista histológico, a todos os critérios do eczema de contacto alérgico exógeno. Encontrou-se tôda a gama das variações, indo das ilhotas de espongiose nas camadas profundas do corpo mucoso de Malpighi até a formação de vesículas com espongiose e picnose nas porções profundas e médias desta mesma camada da epiderme. Encontraram-se, também, vesículas maiores, situadas mais superficialmente, contendo, ao lado d'um retículo de células epiteliais bem conservadas e alguns linfócitos, numerosos polinucleares.

Parece que se pode aumentar ligeiramente a ação eczematógena dos extratos incubando os detritos a 37°, durante alguns dias. Até o presente, não foi obtida uma potencialização por adição de glicose, glicosamina, sôro ou extratos epidérmicos.

Testes epicutâneos, com estirpes de estafilococos dourados e filtrados de culturas dêstes micróbios sôbre caldo, dão-nos contrôles sadios, em uma grande porcentagem de casos, e reações positivas (em 80% de casos com estafilococos vivos e em 57% com filtrados de culturas sôbre caldo). Esta constatação diminui consideràvelmente o valor de especificidade do teste. Além disso, como os estafilococos são extremamente difundidos, pode-se admitir que a sensibilidade a êsses micróbios também possa ser. Storck chama êstes casos de eczematosos em potencial. Sòmente 6% dos contrôles tiveram uma reação positiva aos testes epicutâneos com os produtos de raspagem de lesões eczematosas.

Como, no material que utilizamos, a produção de toxinas é, em grande parte, inibida, acreditamos poder admitir que as reações eczematosas, obtidas com os produtos de raspagem de lesões eczematosas, foram provocadas por auto-antígenos ou antígenos complexos, mais ou menos específicos.

Com êstes testes relativos aos auto-antígenos e aos antígenos complexos, abordamos ainda um outro problema interessante, em relação à clínica do eczema microbiano. Trata-se das erupções secundárias exantemáticas, cuja patogenia é ainda obscura. Atualmente, elas são em geral chamadas "microbides". As microbides se estendem por surtos, coincidindo em geral com uma exacerbação do foco primário. A extensão não se faz por continuidade; são, antes, regiões cutâneas distantes que são atingidas. A particularidade das microbides é o seu caráter episódico e é também o seu aspeto clínico, que não se parece com o do foco primário. Êste tem, geralmente, contornos nítidos e apresenta-se sob a forma de uma placa úmida e erosiva. Trata-se, mais comumente, de uma dermoepidermite das pernas. As erupções secundárias, ao contrário, têm uma imagem monomorfa em focos eritêmato-escamosos ou pápulo-vesiculosos, em geral de configuração numular. A disseminação simétrica é característica.

Como se processa tal disseminação? As experiências feitas até o presente e as conclusões tiradas a respeito do mecanismo de formação dêste fenômeno interessante tornam plausível a explicação seguinte: como já dissemos, os auto-antígenos e os antígenos complexos específicos da epiderme podem formar-se a partir de proteínas celulares, de escleroproteínas e de outros elementos constitutivos da epiderme. A reabsorção latente de pequenas quantidades dêstes antígenos dá lugar a uma produção contínua de anticorpos,

Fig. 9 — Microbide e pápulo-vesículas distribuídas em forma de focos numulares.

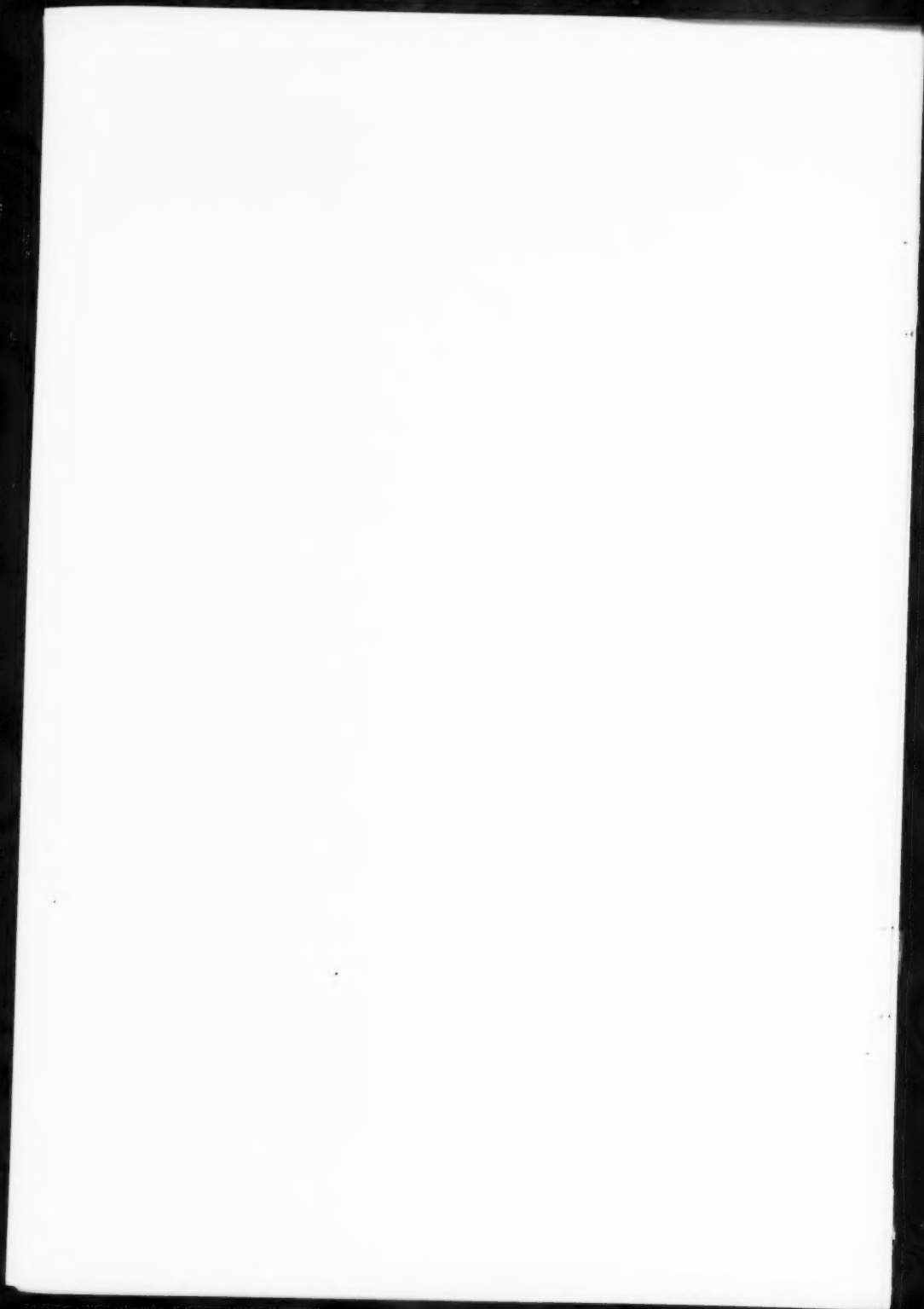
igualmente específicos para a epiderme. Tornam-se sésseis na epiderme. Se o foco primário é pouco ativo, isto é, se sòmente pequenas quantidades de antígeno são reabsorvidas, não há reação antígeno-anticorpo na pele, porque essas pequenas quantidades de antígeno são neutralizadas no sangue. Mas se, sob a influência d'uma irritação qualquer, — por exemplo, por medicamentos ou uma causa física, — o foco se torna hiperêmico, e, assim, u'a maior quantidade de antígeno é reabsorvida, é possível, então, que reações eczematosas ou eczematóides se manifestem sob a forma de microbides.

O agente nocivo desencadeante, que atinge sobretudo a epiderme, possui, pois, um organotropismo primário. Êle dá lugar, nas fases seguintes de produção de anticorpos e de reação antígeno-anticorpo, a um organotropismo secundário, por afinidade específica dos anticorpos pela epiderme. Êste organotropismo, como se sabe, ajusta-se, de modo bastante completo, ao perfil serológico. A lesão consecutiva à reação antígeno-anticorpo deve de novo atingir o órgão primitivamente lesado.

Nossos conhecimentos experimentais sôbre a ação eczematógena dos micróbios permitem, portanto, responder pela afirmativa à questão do aparecimento e da evolução crônica de tantos eczemas, assim como à formação das microbides. Mas, não se deve esquecer que, para formação de uma imagem patológica concreta num caso particular, um grande número de fatôres de primeira e de segunda ordens, sua combinação e a grande variabilidade do terreno, têm importância. É, sobretudo, tendo em conta êsses diferentes componentes que se pode compreender a impossibilidade de delimitar nitidamente os diferentes tipos de eczemas e que se encontram, às vêzes, fenômenos de passagem e de interferência.

Espero, assim, haver mostrado, com o auxílio do exemplo do eczema microbiano, que, mediante a cooperação de pesquisadores suficientemente competentes nos domínios da alergia, da química, da físico-química e, sobretudo, da bacteriologia, se pôde progredir um pouco.

Podemos, também, em outros domínios, graças ao trabalho de equipe, pelos métodos da dermatologia funcional e experimental, resolver, progressivamente, problemas etiológicos e patológicos que farão de nossa especialidade uma disciplina sòlidamente estabelecida sôbre bases científicas.

Enderêço dos autores: Klinik Franenlobstrasse 9,
München 15, Alemanha

Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 30 de abril de 1958

O Sr. Presidente menciona convite recebido da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora, para que a S.B.D.S. participe do 3.º Congresso Médico, e ser realizado, naquela cidade mineira, de 20 a 24 de agôsto próximo. A seguir, submete à consideração do plenário a proposta, para sócio efetivo, do Dr. Arival Cardoso de Brito, da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Pará, proposta essa que foi aprovada.

A Sociedade de Dermatologia do Ceará comunica a eleição da nova Diretoria, assim constituída: Presidente — Dr. Luiz Costa; Secretário — Dr. João Castelo Martins; Tesoureiro — Dr. José Barros Pereira.

O Sr. Presidente apresenta o Dr. Georges Silva que, a convite da Sociedade, passa a pronunciar conferência intitulada:

ASPECTOS MODERNOS DA CIRURGIA PLÁSTICA CORRETIVA E RECONSTRUTIVA — DR. GEORGES SILVA

COMENTÁRIOS:

Dr. Antar Padilha Gonçalves — Agradece ao Dr. Georges Silva. Lamenta a impossibilidade de ser o assunto objeto de discussão, tendo em vista o adiantado da hora e a existência de numerosos casos a serem apresentados, inscritos no decorrer da sessão.

Dr. Georges Silva — Declara que era seu propósito esclarecer tôdas as dúvidas, o que, entretanto, não poderá fazer, em razão do motivo alegado pelo Dr. Padilha Gonçalves.

PITIRÍASE VERSICOLOR DO COURO CABELUDO — DR. JARBAS A. PÔRTO

Paciente masculino, branco, brasileiro, de dez anos de idade, compareceu à consulta relatando que, há dois meses, notara o aparecimento de lesões esbranquiçadas no dorso, e, ao fim de um mês, lesões semelhantes no pescoço e na face. Há 15 dias, notou o aparecimento de lesões escamosas no couro cabeludo, as quais se tornaram mais evidentes após a raspagem dos cabelos.

O exame dermatológico revelou a presença de: lesões hipocrômicas, de tamanho variando do miliar ao de pequenas placas, isoladas ou confluentes, localizadas na parte superior do tórax, no pescoço, na face e na fronte; lesões, em pequenas placas pardacentas, escamosas, discretamente elevadas, localizadas nas regiões fronto-parietais e invadindo o couro cabeludo; numerosas lesões circulares, de mais ou menos 1 cm de diâmetro, com descamação furfurácea e escamas esbranquiçadas, fàcilmente destacáveis, localizadas na região occipital. Os pêlos pareciam não estar comprometidos, conservando o brilho e a textura normais.

O diagnóstico de pitiríase versicolor, com lesões do couro cabeludo, foi confirmada pelo achado de *M. furfur* nas lesões da pele e nas escamas do couro cabeludo. Os pelos examinados não se encontravam saprofitados pelo cogumelo.

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Acha que é sempre interessante o estudo das dermatoses banais. Considera que esta localização é excepcional na pitiríase versicolor. Cita Castelani, com referência à descrição que fêz da *Tinea flava*, a qual invade a extremidade cefálica. Sugere que se faça, no caso apresentado, a investigação micológica.

Prof. Oswaldo Costa — Declara que, há muitos anos, publicou caso semelhante, chamando a atenção para a localização na face.

Dr. Jarbas A. Pôrto — Responde ao Prof. Ramos e Silva que, nas suas pesquisas, tem encontrado variações de esporos e micélios que não lhe permitem proceder à classificação.

LÚPUS ERITEMATOSO — DR. GLYNE ROCHA

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Informa já conhecer o caso. É de parecer que falam em favor do lúpus eritematoso as lesões superficiais, sôbre os nódulos e a existência de lesões atróficas de lúpus eritematoso, na orelha esquerda. Acha conveniente o afastamento da hipótese de leishmaniose lupóide de Konviti.

Prof. H. Portugal — É de opinião que a histologia só é característica quando surgem lesões epidérmicas e estas demoram, às vêzes, seis meses. Cita o fato de haver o Prof. Ramos e Silva sido vivamente contestado, quando apresentou o seu caso, em Madrid, havendo, posteriormente, os mesmos oponentes apresentado casos idênticos.

Prof. Oswaldo Costa — Concorda com o diagnóstico, em face das lesões epidérmicas.

Prof. F.E. Rabello — Sugere que se proceda a cortes seriados, pois, em caso apresentado pelo Dr. Serra, só no fim do bloco foram encontradas lesões típicas. Cita o caso dos Drs. Vila Nova e Gay Prietro que, apesar de haverem contestado, em Madrid, a existência dessa forma de lúpus eritematoso, já publicaram casos que vieram confirmar a opinião brasileira.

Dr. Glyne Rocha — Declara que seguirá a orientação do Prof. Ramos e Silva, não acreditando, porém, que venha a conseguir êxito, pois, na forma de Konviti, o Montenegro é negativo, por se tratar de forma anérgica. Acha que a pesquisa de leishmaniose, certamente, será negativa.

Prof. Oswaldo Costa — Informa que não foi Konviti quem descreveu essa forma de leishmaniose e sim Prado Valiente; Konviti apenas divulgou-a.

USO DO MARSILID NO PSORÍASE — DR. CEZAR CHIAFFITELLI

Relata a experimentação da iproniazida (Marsilid) em 12 pacientes afetados de psoríase, dentre os quais 2 eram portadores da forma artropática e um de cromoblastomicose.

A dose utilizada variou entre 3 e 5 mg por Kg de pêso, conforme a tolerância individual. A duração do tratamento variou de 1 a 3 meses.

Foram observadas reações secundárias na *esfera neuro-vegetativa*, dentre as quais o autor destacou as seguintes: insônia, às vêzes sonolência, prisão de ventre, dores nas pernas, *impotência à ejaculação e ao orgasmo*.

Êstes fenômenos desapareceram imediatamente após a supressão da droga e foram melhor tolerados com a administração diária de vitamina B6, durante o tratamento com Marsilid. Em apenas um caso, foi verificada queda tensional digna de nota, não chegando, porém, a manifestar-se uma verdadeira crise hipotensora. Êstes fenômenos não são, entretanto, obrigatórios com o emprêgo de Marsilid.

Os resultados foram os seguintes: nos 2 casos de psoríase artropático, *cura completa*, com desaparecimento das lesões e *melhora surpreendente das lesões artropáticas*, havendo *supressão completa da dor e redução considerável das deformidades;* nos casos restantes, 3 abandonaram o tratamento por motivo ignorado; 4 *obtiveram melhoras* realmente *notáveis; em* 2 os *resultados* foram *nulos;* no *último,* verificou-se *cura completa* da doença.

No único caso de *cromoblastomicose*, tratado com a droga, obtiveram-se, *no início* do tratamento, *culturas positivas* e verificaram-se sinais da *presença de parasitos nos exames* histológicos. Após 3 meses de administração de

INSTITUTO DE ANGELI DO BRASIL

Marsilid, as *lesões cicatrizaram completamente* e a *prova histológica não demonstrou* mais a existência de *parasitos;* apenas em um tubo de cultura foi verificada reação positiva. Novas culturas estão sendo praticadas. Conclui afirmando que a iproniazida mostrou-se realmente eficaz nas experiências feitas.

Não se conhecendo, perfeitamente bem, a farmacologia do medicamento, ficam obscuros certos pontos, como o *desaparecimento das lesões ungueais*, a *redução brilhante das deformações articulares* e a sua atuação sôbre a cromoblastomicose.

As hipóteses que podem ser invocadas são aquelas em que o Marsilid atua como: vasodilatador periférico, modificando o metabolismo ao nível das lesões; agente modificador do metabolismo muscular; possuindo ações *importantes* sôbre a esfera psicossomática, esta última hipótese parecendo ser a mais aceitável.

Esclarece que, durante o tratamento, apenas foi usado Marsilid, não sendo aplicados sôbre a lesão tópicos de qualquer natureza. Todos os pacientes haviam sido submetidos, anteriormente, à medicação clássica, com resultados desanimadores.

Comentários:

Dr. Sebastião Sampaio — Informa estar aplicando, há 8 meses, Marsilid em várias dermatoses. Usou-o em um caso de cromomicose, sem resultado. No psoríase usou-o em 13 casos: em um dêles, conseguiu 50% de melhora, com 2 meses de medicação; dois pioraram e os demais mantiveram-se estacionários. Verificou ter a droga provocado vários sinais de intolerância, tais como: sintomas urinários, perturbações digestivas e impotência. Declara, ainda, não se ter convencido da sua eficiência.

Prof. J. Ramos e Silva — Considera evidentemente notável o resultado, no caso de psoríase apresentado. Comenta o fato de que a cromomicose, até há bem pouco tempo incurável, já cede à vitamina D2 e ao Marsilid. Informa ter apresentado, em 1956, os primeiros casos de psoríase, tratados com Marsilid, cujos resultados foram favoráveis. Recorda o fato de, nos Estados Unidos da América, ter havido alarme acêrca da toxidez do Marsilid, o que forçou o laboratório a diminuir a dose para 50 mg. Cita Quiroga como tendo-o usado, em psoríase, com bons resultados.

Dr. Glyne Rocha — Refere caso de úlcera dolorosa do pé, por endarterite obliterante, que não cedia a medicação alguma e que foi curada, em poucos dias, com Marsilid.

Dr. Cezar Chiaffitelli — Afirma que o Marsilid age como vasodilatador e influencia o metabolismo muscular, explicando, assim, a sua ação nos casos de endarterite obliterante.

RESULTADOS PRELIMINARES DA AÇÃO DO AMPHOTERICIN B NO TRATAMENTO DA BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA — Prof. Carlos da Silva Lacaz e Dr. Sebastião Sampaio

Comentários:

Dr. Jarbas A. Pôrto — Cumprimenta os autores e informa que, no serviço do Prof. Curtis, nos Estados Unidos da América, os resultados do Amphotericin B, em blastomicose e em esporotricose, foram, clìnicamente, muito bons. Parece, contudo, tratar-se de ação fungistática, pois, em casos nos quais as lesões haviam desaparecido completamente, a punção demonstrava a presença do cogumelo. O seu efeito mais surpreendente é o obtido na criptococose, para a qual ainda não havia tratamento. Quanto à questão da resistência às sulfas, mencionada na apresentação, parece-lhe não ser real. Julga tratar-se de disseminação do quadro, o que torna secundário o efeito bacteriostático das sulfas.

Prof. J. Ramos e Silva — Felicita os autores, declarando não terem sido observados, anteriormente, os resultados obtidos. Aguarda a passagem do tempo, para que seja confirmado o efeito. Alude aos inconvenientes que apresenta o emprêgo do medicamento.

Dr. J. Lisboa Miranda — Felicita os autores e concorda em que há casos de sulfa-resistência, pois, em alguns doentes, acentuam-se os resultados com grande aumento da dose.

Dr. Almir G. Antunes — Consulta o Dr. Sebastião Sampaio sôbre os efeitos na nocardiose e na cromomicose.

Dr. Sebastião Sampaio — Agradece os comentários e informa que, realmente, na criptococose os resultados são surpreendentes, tendo o Prof. Lacaz tido oportunidade de acompanhar um caso, em S. Paulo. Concorda com a resistência às sulfas, não só *in vivo*, como *in vitro*, pois os paracoccidióides conseguem crescer em meio com sulfa. Está procedendo, nos seus casos, à reação de fixação do complemento, de 15 em 15 dias, e controlando, também, com biópsias, já tendo tido oportunidade de verificar o desaparecimento do parasito. Desconhece resultados da aplicação na actinomicose. Está sendo usado na cromomicose, porém, ainda considera cedo para tirar conclusões.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Agradece ao Dr. Sebastião Sampaio.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

Criptococose pulmonar localizada, Zilton A. Drande. Arq. brasil. med. 47:367(set.-out.),1957.

Mioblastoma maligno da língua. M. Barreto Neto e Domingos de Paula, arq. brasil. med., 47:431(nov.-dez.),1957.

Porfiria aguda intermitente, José Alberto Maia. Neurobiologia, 19:121(mar.-jun.),1956.

As formas neuro-mentais da sífilis declinam em Pernambuco. Abaeté de Medeiros, Maria das Vitórias Neto de Mendonça e Jorge Ramos. Neurobiologia, 19:148(mar.-jun.),1956.

Contribuição para o estudo da terapêutica experimental do tifo exantemático neotrópico no Brasil (nota prévia). Otávio de Magalhães. Brasil-méd., 71:13(ag.-out.),1957.

Dermatoses professionnelles au Bresil, J. Ramos e Silva. Brasil-méd., 71:34(ag.-out.),1957.

Alergia bacteriana e dermatoses alérgicas. Lain Pontes de Carvalho. Brasil-méd., 71:38(ag.-out.),1957.

Condyloma latum., Roberval F. Bezerra de Menezes. Brasil-méd., 71:13(abr.-jul.),1957.

Eritematodes disseminado e localizado — Estudo crítico, fisiopatológico, clínico e terapêutico (1.ª parte). Luís Batista e Norberto Belliboni. Arq. dermat. e sif. S. Paulo, 18:29(jul.-dez.),1956.

Necrose traumática do tecido celular subcutâneo (lipogranuloma subcutâneo). Humberto Menezes e Eduardo Wanderley. An. Fac. Med. Univ. Recife, 17:65,1957.

Emprêgo de antibióticos no tratamento e na profilaxia da framboésia tropical (terramicina e penicilina). Jorge Lobo Filho. An. Fac. Med. Univ. Recife, 17:111,1957.

Indução da reatividade lepromínica por meio de testagem repetida. Rev. brasil. leprol., 25:107(jul.-set.),1957.

Objetivos da atual campanha contra a lepra. Joel Teixeira Coelho. Arq. min. leprol., 17:107(abr.),1957.

Eficácia da vitamina "E" nas amiotrofias leprosas. H. C. de Souza Araujo Arq. min. leprol., 17:110(abr.),1957.

Lepra e transfusão de sangue. Abraão Salomão. Arq. min. leprol., 17:114(abr.),1957.

Censo extensivo de lepra no Município de Bragança Paulista. João Veitiek e Reynaldo Quagliato. Arq. min. leprol., 17:116(abr.),1957.

Promin nas úlceras lepróticas. Delor Luís Ferreira. Arq. min. leprol., 17:116(abr.),1957.

Nurodermite circunscrita (diagnóstico e tratamento). Jarbas A. Porto e Antonio Posse Filho, Bol. Centro Estudos Hosp. Serv. Est., 9:238,1957.

Leyomioma cutis. Jarbas A. Porto, Narciso Haddad Netto e Oswaldo Cruz. Bol. Centro Estudos Hosp. Serv. Est., 9:269,1957.

Incidência do pênfigo foliáceo no Estado de Goiás. Anuar Auad e Geraldo Brási. Rev. goiânia med., 3:251(out.-dez.),1957.

Nesta lista bibliográfica são incluídos os trabalhos sôbre dermato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais, por nós recebidos.

Contribuição à história da lepra em Minas Gerais — O leprosário do Sul de Minas — 15 anos de existência. José Mariano. Arq. min. leprol., 17:189(jul.),1957.

V Reunião de leprólogos brasileiros em Cambuquira e Sanatório Santa Fé. José Mariano. Arq. min. leprol., 17:245(jul.),1957.

Como intensificar a luta contra a lepra. Orestes Diniz. Arq. min. leprol., 17:251(jul.)1957.

Comentários sôbre o tema "como intensificar a luta contra a lepra". Orestes Diniz. Arq. min. leprol., 17:258(jul.),1957.

Comentários sôbre a exposição do Dr. Inalio de Castro. Orestes Diniz. Arq. min. leprol. 17:276(jul.),1957.

Le phenomene de la sulfono-resistance en therapeutique antilepreuse. H. Floch. Arq. min. leprol., 17:281(jul.),1957.

Tratamento da lepromatose pela associação sulfona-estreptomicina-hidrazida do ácido isonicotínico. Olinto Orsini. Arq. min. leprol., 17:291(jul.),1957.

Estudo clínico do câncer da gengiva inferior. Jorge Fairbanks Barbosa e Josias de Andrade Sobrinho. Rev. paulista med., 51:169(mar.),1957.

Estudo clínico do câncer da gengiva superior. Jorge Fairbanks Barbosa e Josias de Andrade Sobrinho. Rev. paulista med., 51:205(set.),1957.

Moléstia de Lipschütz. Argemiro Rodrigues de Souza. Rev. paulista med., 51:247(set.),1957.

Aplicação do teste de puntura no diagnóstico alérgico. Lain Pontes de Carvalho. Rev. med. Centro Estudos IPASE, 1:15(set.),1957.

Aplicação do teste de puntura no diagnóstico alérgico. Lain Pontes de Carvalho. Hospital, Rio de Janeiro, 52:501(nov.),1957.

Um foco de leishmaniose tegumentar na zona sul de São Paulo. Oswaldo Paulo Forattini e Octavio de Oliveira. Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública, Univ. S. Paulo, 11:23(jun.),1957.

Algumas observações sôbre uma zoonose denominada nódulo dos ordenhadores, no homem, e pseudo-varíola bovina no gado. Ruy Soares Guenther Riedel, Ayrton Pinheiro de Souza e José Pericles Freire, Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública Univ. S. Paulo, 11:71(jun.),1957.

Doença de Jorge Lobo. R. D. Azulay, J. Miranda e J. D. Azulay. Hospital, Rio de Janeiro 5:685(jun.)1957.

Caso singular de gangrena. Aurelio Caetano da Silva Jr., Hospital, Rio de Janeiro, 51:703(jun.),1957.

Tratamento das dermatites eczematosas com pomada de hidrocortisona-neomicina. José Alcantara Madeira. Hospital, Rio de Janeiro 52:359(out.),1957.

Rinoplastias e rinoneoplastia. Roberto Farina. Hospital, Rio de Janeiro, 52:379(out.),1957.

Doença de Lettersiwe. Domingos de Paola, Leonidas Braga Dias, Halley Pacheco de Oliveira e Luis Carlos de Brito Lira. Hospital, Rio de Janeiro, 53:253(fev.),1958.

O aparelho neuropigmentar e a divisão celular na manutenção do equilíbrio vital dos tecidos. Luís Felipe Santayana de Castro, Hospital, Rio de Janeiro, 53:553(abr.),1957.

Análises

VERRUCOSE GENERALIZADA COM MONSTRUOSAS HIPERCERATOSES. VINÍCIO DE ARRUDA ZAMITH. *Arq. Hosp. Santa Casa S. Paulo*, 3:129(jun.),1957.

O autor discute caso de verrucose disseminada, acompanhada de monstruosas hiperceratoses (cornos cutâneos), os quais foram, em dezembro de 1955, diagnosticados como "epidermodisplasia verruciforme de Lewandowsky-Lutz".

Trata-se de rapaz branco, de 22 anos, no qual as lesões apareceram, pela primeira vez, com a idade de 10 anos. De acôrdo com as declarações do paciente, as lesões iniciais eram "semelhantes a verrugas". Manifestaram-se, de início, nos pés. Depois, multiplicaram-se e espalharam-se, principalmente nas extremidades dos membros superiores e inferiores.

O autor descreve o exame dermatológico e indica a terapêutica aplicada. Realça o fato de que o quadro dermatológico não é estático, havendo sucessão de lesões: enquanto umas desaparecem, outras surgem.

Refere ter encontrado, na literatura, apenas um caso que possa se comparar ao apresentado, caso êsse descrito por Walker, de Cape Town.

Enumera os fatos pelos quais chegou ao diagnóstico de verrucose disseminada. Cita argumentos em favor de sua opinião, segundo a qual as verrugas seriam produzidas por vírus.

Procedeu ao estudo do diagnóstico diferencial entre "Acrokeratosis verruciformis" e verrucose disseminada e, após cuidadosa observação da literatura referente a "Epidermodisplasia verruciformis Lewandowsky-Lutz", não admite a sua individualidade clínica, considerando-a, apenas, como forma especial de verrucose.

OPHELIA GUIMARÃES

QUERATOACANTONA MÚLTIPLO — RELATO DE UM CASO EXTENSO E DA SUA RESPOSTA À TERAPÊUTICA (MULTIPLE KERATOACANTHOMA — REPORT OF A EXTENSIVE CASE AND IT'S RESPONSE TO THERAPY). ALFRED J. EPHRAIM e JEROME J. KAUFMAN. *A.M.A. Arch. Dermat.*, 77:191(fev.),1958.

Comunicam os autores ser esta a primeira vez que se relata haver um queratoacantona múltiplo respondido a qualquer terapêutica interna. Embora as lesões existissem, durante dois anos, anteriores ao início do tratamento, elas não demonstravam tendência de autocura e não reagiam à cortisona, enquanto esta foi administrada para artrite. Foi notada alguma melhora após a aplicação de seis injeções de bismuto. Completada uma série de 15 injeções, houve involução nítida, especialmente nas lesões grandes.

Acreditam os autores que êste caso se enquadra no pequeno grupo do queratoacantona múltiplo. Foi apresentado devido ao aspecto clínico único, que é extraordinário não só quanto ao tamanho, como quanto à aparência das lesões. Acrescentam que é esta a primeira vez que se verifica qualquer reação à terapêutica parenteral, no queratoacantona múltiplo.

Resumo dos autores

SÔBRE CASO DE IMPETIGO HERPETIFORME (A PROPOS D'UN CAS D'IMPETIGO HERPETIFORME). S. LAPIERE. *Arch. belges dermat. & syph.*, 14:146(jun.),1958.

O autor descreve caso de impetigo herpetiforme surgido em paciente de 76 anos. Discute as dificuldades do diagnóstico diferencial desta afecção e assinala

os caracteres que a aproximam ou afastam de duas outras pustuloses rebeldes: a psoríase pustulosa e a acrodermatite pustulosa aguda de Hallopeau. A imagem histológica, comum a essas três afecções, consiste em pústula subcórnea, multiloculada, formada pela coalescência de microabscessos múltiplos de Munro, contendo, cada um, de um a quatro polinucleares neutrófilos. Esta imagem é encontrada em apenas um grupo mórbido, totalmente diferente do ponto de vista clínico: as queratodermias em relação com uma uretrite blenorrágica ou de Reiter.

Analisando a abundante literatura relativa ao assunto, desde 1915, o autor encontra importante número tanto de partidários como de adversários de uma concepção unicista.

O número de casos observados pessoalmente, ou encontrados na literatura, conduzem o autor a adotar o seguinte ponto de vista: o impetigo herpetiforme, a psoríase pustulosa e a acrodermatite pustulosa aguda de Hallopeau seriam, apenas, três variedades da mesma entidade mórbida, a qual, por sua vez, poderá ser enquadrada no grande grupo das psoríases.

Resumo do autor

TRIETILENOFOSFORAMIDA NO TRATAMENTO DO MELANOMA DISSEMINADO (TRIETHYLENEPHOSPHORAMIDE IN THE TREATMENT OF DISSEMINATED MELANOMA), JAMES L. TULLIS. *J.A.M.A.*, 166:57(4-jan.),1958.

O autor estudou 15 pacientes com melanoma maligno disseminado, visando a estabelecer as características clínicas e o efeito do tratamento com trietilenofosforamida (TEPA). Os aspectos clínicos preponderantes eram constituídos pela diversidade na apresentação de sintomas incluindo doenças do sistema nervoso central, morte rápida, após metástases abdominais, e grande incidência de tez avermelhada entre os pacientes ou entre os seus parentes próximos. O tratamento com TEPA produziu, casualmente, notável remissão. Não foi encontrado aspecto característico que indicasse quais os pacientes que receberiam, ou não, benefícios da quimioterapia.

Resumo do autor

EMPRÊGO DA RELAXINA NO TRATAMENTO DA ESCLERODERMIA (USE OF RELAXIN IN THE TREATMENT OF SCLERODERMA). GUS G. CASTEN e ROBERT J. BOUCEK. *J.A.M.A.*, 166:319(25-jan.),1958.

Os autores empregaram injeções parenterais de relaxina, durante períodos de 6 a 30 meses, no tratamento de 23 pacientes, com esclerodermia. Foram observadas notáveis melhoras na tensão da pele, nos fenômenos de Raynaud e na ulceração trófica, como resultado da administração de relaxina, representando progresso significativo na terapêutica desta doença. As outras manifestações permaneceram inalteradas com o tratamento pela relaxina. Não foram observados efeitos colaterais, tóxicos ou desagradáveis.

Resumo dos autores

AVALIAÇÃO DO TESTE DE PRECIPITAÇÃO SIMPLES PARA O LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (EVALUATION OF SIMPLE PRECIPITATION TEST FOR SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS). KENNETH K. JONES. *J.A.M.A.*, 166:1.424 (22-mar.),1958.

O autor procedeu a observações em 760 testes (feitos em 311 pacientes e, em indivíduos aparentemente sãos, verificando os seguintes fatos: 1) o teste de precipitação, realizado pela adição de solução, a 12%, de ácido *p-toluenossulfônico* em ácido acético, ao sôro ou plasma, é simples e clinicamente adaptável ao procedimento macroscópico; 2) os testes parecem permitir a distinção entre o lúpus eritematoso sistêmico, a periarterite nodosa, a escleroderma, a dermatomiosite, a artrite reumatóide e a febre reumática, com extremamente poucos resultados falso-positivos; 3) o resultado do teste pode ser, até certo ponto, modificado pela terapia com esteróides adrenocorticais ou corticotropina, ou pela remissão, parecendo acompanhar, paralelamente, a evolução da doença.

Resumo do autor

Reuniões Científicas

XV REUNIÃO ANUAL DOS DERMATO-SIFILÓGRAFOS BRASILEIROS

Belo Horizonte, 7 a 10 de julho de 1958

CONGRESSISTAS PRESENTES

ARGENTINA: Alfredo M. Segers, Carlos F. Malbrán, Guilhermo Basombrio, Júlio M. Borda, L.E. Pierini, Luiz Arguello Pitt e Manoel Giménez; *BRASIL*: *Bahia* — Otávio G. Aguiar; *Ceará* — Walter M. Cantídio; *Distrito Federal* — A. Padilha Gonçalves, A. Petrarca de Mesquita, Almir G. Antunes, Cecy Mascarenhas, Ernani Agrícola, Gline L. Rocha, F.E. Rabello, H. Portugal, J. Ramos e Silva, Luiz Marguti, Narciso Haddad Netto, Orestes Diniz e R.D. Azulay; *Goiás* — Anuar Auad; *Minas Gerais* — A. Pimenta Brant, Antônio Carlos Pereira, Cid Ferreira Lopes, Francisco J. Neves, Geraldo Batista, Helio Dupin Franco, Heuser B. Aleixo, Itamar Tavares, João Gontijo, Josefino Aleixo, Luiz A. Orsini, Mário Antídio Almeida, Mário Ribeiro Silveira, Nagib Saliba, Olinto Orsini, Oswaldo G. Costa, Rufino Costa Ramos, Sebastião T. Rezende, Ulisses Castanheira e Tancredo Furtado; *Pará* — Agostinho Leão Sales F.º, Aristolina Leão Sales, Chaves Rodrigues, Flávio Dulcetti, Leopoldo Amaral Costa e Manoel Silva Braga; *Pernambuco* — Waldemar Miranda; *R.G. do Sul* — Ênio C. Campos e José Pessoa Mendes; *São Paulo* — A. Rotberg, Benjamim Zilberberg, Cid Pupo, J. Aranha Campos, João Paulo Vieira, L.M. Bechelli, M. Fonzari, Reinaldo Quagliato, Sebastião A.P. Sampaio e Vinicio A. Zamith; *CHILE*: Gastón Ramírez Bravo; *COLÔMBIA*: Carlos A. Garzón-Fortich; *CUBA*: Ramón Ybarra; *MÉXICO*: F. Latapí e M. Barba Rúbio; *MOÇAMBIQUE*: Artur Martins Barbosa: *PARAGUAI*: Amélia Aguirre; *PERU*: Frederico Bresani Silva; *URUGUAI*: Aquiles R. Amcretti Blanco; *VENEZUELA*: Jacinto Convit.

DIA 7 DE JULHO: sessão de instalação, na sede da Associação Médica de Minas Gerais.

DIA 8 DE JULHO: 1.ª *sessão plenária* — Tema: epidemiologia e clínica dos pênfigos. Foram apresentados e discutidos os trabalhos seguintes: João Paulo Vieira — Epidemiologia dos pênfigos (relatório de 30 minutos); Olinto Orsini — Clínica dos pênfigos (relatório de 30 minutos); Waldemir Miranda — Mutação, diagnóstico e evolução do pênfigo; Antônio Carlos Pereira — Pênfigo vegetante; J. Aranha Campos — Casos familiares de pênfigo foliáceo. Estatística de 20 anos: 1938-1958; Vinicio Zamith e H. Cerruti — Considerações sôbre um caso de piodermite vegetante de Hallopeau e seu estudo comparativo com o pênfigo vegetante de Neumann; Rui N. Miranda, C. Cunha e J. Schweidson — O pênfigo foliáceo no Estado do Paraná (lido apenas o resumo, sem discussão, por não estarem presentes os autores); Gastón Ramirez Bravo e Hector González — Epidemiologia del pênfigo en el Hospital San Luis de Santiago del Chile; J. Aranha Campos e F. Alayon — Revisão da literatura sôbre a infecciosidade do pênfigo foliáceo; Abel Leme — Condições buco-dentárias do doente de pênfigo foliáceo (lido apenas o resumo, sem discussão por não estar presente o autor); F. Latapí — Breve nota sôbre los pênfigos en México.

2.ª *sessão plenária* — Tema: histopatologia e citologia dos pênfigos. Foram apresentados e discutidos os seguintes trabalhos: H. Portugal — Histopatologia dos pênfigos (relatório de 30 minutos); B. Zilberberg — Citologia dos pênfigos.

(relatório de 30 minutos); Tancredo Furtado — Aspectos histológicos do pênfigo foliáceo; Tancredo Furtado e Benedito Rodrigues — Análise eletroforética das proteínas do sôro do pênfigo foliáceo; A. Fiorillo, L.M. Bechelli e Walter P. Pimenta — Eletroforese em papel de 2 doentes de pênfigo foliáceo, 1 de pênfigo vulgar e 1 hermatite de Dühring-Brocq. Estudo preliminar; Tancredo Furtado, Oto Mourão, Maria das Dores Morais e Geraldo Batista — Estudo da função suprarrenal no pênfigo foliáceo pelas dosagens de 17-centosteróides, sódio e potássio; L.M. Bechelli e Walter P. Pimenta — Teste com iodeto de potássio e brometo de potássio em indivíduos não portadores de pênfigo e dermatite de Dühring-Brocq.

3.ª *sessão plenária* — Tema: terapêutica dos pênfigos. Foram apresentados e discutidos os seguintes trabalhos : Mário Fonzari — Terapêutica dos pênfigos (relatório de 30 minutos); Josefino Aleixo — Terapêutica dos pênfigos (relatório de 30 minutos); Tancredo Furtado e Geraldo Batista — Tratamento do pênfigo foliáceo pela triancinolona. Resultados preliminares; Cid Abreu Leme — Novos conceitos sôbre etiopatogenia do pênfigo foliáceo. Conclusões terapêuticas (lido apenas o resumo, sem discussão, por não estar presente o autor); J. Nogueira Sá — Considerações sôbre o regime dietético do doente de pênfigo foliáceo (lido apenas o resumo, sem discussão, por não estar presente o autor).

DIA 9 DE JULHO: na parte da manhã houve a apresentação de doentes, na Clínica Dermatológica da Santa Casa (Cátedra do Prof. Olinto Orsini). Seguiu-se a discussão dos casos apresentados.

4.ª *sessão plenária* — Tema: penfigóides. Foram apresentados e discutidos os seguintes trabalhos: J. Ramos e Silva — Penfigóides (relatório de 30 minutos); B. Zilberberg e J. Nogueira Sá — Os Penfigóides. Aspectos atuais do problema, especialmente do conceito de dermatite de Dühring grave ou penfigóide; J. Ramos e Silva — Doença de Sneddon & Wilkinson; F.E. Rabello — Ensaio de síntese dos temas tratados: pênfigos e penfigóides.

Foi também iniciado o simpósio sôbre eczema, tendo como simposiarca o Prof. F.E. Rabello. Não tendo sido esgotado o assunto, programou-se que o simpósio tivesse curso posteriormente, a juízo da direção da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Enila

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 300,00, para o Brasil, e Cr$ 360,00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 90,00, na época, e de Cr$ 100,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao administrador geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 33 (1958) — N.º 3 (setembro)

TRABALHO ORIGINAL:

Batista de Souza & Cia. Editôres — Rua do Livramento n.º 103 — Rio